

TRAUMA Y DISCAPACIDAD ACERCA DE LA CAPACIDAD DE REPONERSE ANTE LA ADVERSIDAD

Patricia Mónica Ploder
Lic. en Psicología – MP 80358

El impacto que sobre las personas tiene la discapacidad es siempre traumático, pues existe un antes y un después, en el cual un equilibrio pre existente es roto disruptivamente por el ingreso de la discapacidad en una persona y en una familia.

Existen ideales omnipotentes negadores que implican el conocimiento de que cualquier cosa puede pasar, pero que casi nunca está en el horizonte de las posibilidades de la propia vida. La negación nos permite saberlo, pero que no haga impacto en nosotros, gracias a la acción defensiva que nos permite no vivir “en carne viva” todo el tiempo. Salvo en personas con temores hipocondríacos, o en contacto con situaciones de discapacidad, en general vivimos sin suponer que podemos quedar hemipléjicos o que podemos tener un hijito con síndrome de Usher o Down. Cuando esta situación ocurre realmente, nos sorprendemos, nos enojamos, nos ponemos tristes, y en el mejor de los casos –finalmente- lo elaboramos.

La discapacidad es efecto de un impacto que ha tenido origen en un accidente exterior al psiquismo (cerebrovascular, automovilístico o genético, por ejemplo), pero con permanentes repercusiones en el propio cuerpo, en el propio psiquismo y en la trama intersubjetiva en la cual el discapacitado vive.

El cuerpo (el propio o el del familiar afectado) se vuelve extraño, siniestro, ajeno, siendo permanente fuente de displacer que parece ser exterior a la propia persona, no reconocido por ella, y en permanente anhelo de recuperar el estado anterior. También aparece como exterior del propio psiquismo, pero siendo a su vez interior al mismo tiempo. Los intentos de elaborar esta nueva situación pueden ser funcionales o no. Cantis elabora los conceptos de desmentida patológica y desmentida funcional para este tipo de situaciones¹, que devienen en la forma en que los psiquismos logran tramitar la discapacidad y la forma en que la persona dispone de esta nueva situación, para sobrellevarla con entereza o en extrema vulnerabilidad, quedando totalmente indefenso ante la nueva condición.

“La desmentida funcional permite no vivir en dolor permanente, aceptando la realidad, sin negarla y pudiendo trabajar con ella. En la desmentida funcional tiene que haber complejización y la apertura de proyección que tiene la familia respecto a este niño. En cuanto a la proyección una de las cuestiones más complejas de la integración es el futuro, que es lo que angustia mucho a la familia. Y especialmente frente al crecimiento de los niños, porque finalmente los padres ya no estarán. O no estarán en condiciones tan vitales como ahora. Entonces en la complejización tenemos que ir viendo: ¿qué pasa en relación con esta cuestión del futuro? Y, en especial: ¿cómo juega la pulsión de vida? entendiendo que siempre las familias con hijos discapacitados, no solamente deben elaborar el duelo por el hijo imaginario, sino que también están en trauma permanente.

La desmentida patológica no permite operar de ninguna manera sobre la problemática.

¹ CANTIS, JORGE “VULNERABILIDAD DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD, LA FAMILIA Y LOS TERAPEUTAS” Revista de APPIA - Agosto 2004 - N°. 15, (Páginas 15 y 16)

En la desmentida patológica hay una tendencia a descomplejizar borrando las diferencias. Recuerdo al papá de un niño con una perturbación muy seria, con un síndrome genético y déficit muy significativos. Él decía: “Bueno. Esto va a ser un mal recuerdo. Ya me imagino a mi hijo integrándose a la secundaria”. Esta desmentida patológica parece que es un dato no menor porque en esta tendencia a descomplejizar, se borran las diferencias y este papá hablaba de un futuro incierto en la proyección y referido a otro niño imaginario de alguna manera. Estaba adherido a un pasado irrecuperable vinculado con un hijo sano y donde aparecía la pulsión de muerte todo el tiempo.”

El advenimiento de una discapacidad posee un efecto altamente traumático, que pone en juego todos los recursos de la propia persona y de su entorno para lograr un nuevo equilibrio que lo vuelva a insertar en la línea de la vida, con proyectos nuevos, en consonancia con la nueva condición.

Dice Fractman²:

“Es traumático aquello que determina modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales, por ende de cualquier estímulo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones. Manteniendo la distinción entre cosa y atributo, trauma como sustantivo expresa el daño al aparato como algo interior a él. Traumático, en cambio como adjetivo, describe algo que se ubica inicialmente, por lo menos, por fuera del aparato. Se refiere a la colisión entre un exceso y una insuficiencia, que puede terminar borrando esa diferencia entre externo e interno”.

Los psicólogos contamos con conocimientos para ayudar a las personas víctimas de estas situaciones, ya que las áreas afectadas en la discapacidad no son sólo orgánicas (la vista o la motricidad por ejemplo), sino que afectan al desarrollo del sujeto (en su constitución psíquica o en la elaboración de duelos acerca de la pérdida de su condición anterior), a sus funciones vitales (comunicación, aprendizaje, autonomía) y a su entorno (familia o institución educativa, que deben transitar también sus propios duelos y adecuar ciertas realidades a la condición del discapacitado). Poseer un amplio panorama de las áreas afectadas por la discapacidad permiten al profesional un abordaje idóneo sobre las temáticas a indagar en el diagnóstico, en la/s propuesta/s terapéutica/s, en el trabajo interdisciplinario, o en todo lo que hace a la Salud Mental.

Conocer las conceptualizaciones sobre trauma es esencial en el momento de trabajar sobre el impacto de la novedad: el advenimiento del déficit en lo real, que es lo que define a la discapacidad. Porque todos nosotros, atravesados por la castración, y por las marcas que nos hacen únicos e irrepetibles somos capaces para algunas cosas y más o menos incapaces para otras, discapacitados de alguna manera. No todos tienen oído para la música, no todos escriben poéticamente, no todos conducen hábilmente un auto. Pero si tomo la definición de las leyes³, vemos que lo real de la discapacidad hace una diferencia esencial al momento de la elaboración. No es la castración simbólica, imaginaria, sino que lo es en lo real de las posibilidades, y en relación a los congéneres.

“De acuerdo a la Ley Nacional N° 24.901, en su Capítulo I, artículo 9° “se considera persona con discapacidad a toda persona que padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, motora, sensorial o mental que, en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su adecuada integración social o laboral”.

² FRACTMAN, ANDRES - Cuadernillo APDEBA

”El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos”
<http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/El-concepto-de-trauma.pdf>
(página 213)

³ ”¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?” www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/DISCAPACIDAD.pdf

”RESOLUCIÓN 782 DEL AÑO 2013” <https://bejomi1.files.wordpress.com/2013/08/res-782-2013.pdf>

“La Normativa Provincial, Ley N° 10.592, en su Capítulo I, artículo 2° considera que “una discapacidad es toda restricción o ausencia -debida a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”.

Existen cinco formas: motora, sensorial auditiva, sensorial visual, visceral y discapacidad mental; que pueden ser: total, parcial, permanente o transitoria.

Según los modos en que la discapacidad se produzca, podemos hablar de congénitas o adquiridas. Las congénitas en su aparición coinciden con el comienzo de la vida del discapacitado (por ejemplo prenatales, perinatales, como las secuelas de una rubeola materna o sufrimiento fetal). Y las adquiridas podrían ser consecuencia de: una enfermedad progresiva (diabetes por ejemplo), de un trauma (accidente de tránsito por ejemplo) o de un cambio abrupto en el organismo (accidente cerebro vascular por ejemplo).

Asimismo, hay que considerar el impacto de la discapacidad en los distintos momentos de la vida de un sujeto, lo que implica conocer las vicisitudes del desarrollo humano y contemplar lo individual del sujeto de la discapacidad, considerando los ejes diacrónicos y sincrónicos en que se constituye un sujeto. Por ejemplo, contemplar los efectos de una discapacidad adquirida que imposibilite la plena movilidad de las manos en un artesano, o una disminución auditiva en un músico, o una diabetes devenida durante la adolescencia.

Se le han dado diferentes nominaciones a la persona con alteración en sus funciones, como: “persona discapacitada”, “persona con capacidades especiales”, o “minusválido”. Más allá de la denominación que se le pueda dar, los procesos por los que atraviesan los protagonistas de estas situaciones tienen efecto altamente traumático, y plantean la necesidad de distintos abordajes. El psicólogo está en condiciones de realizar una parte de dichos abordajes.

Para seguir haciendo hincapié en el déficit en lo real, que verdaderamente instala una brecha real, es que es necesaria una elaboración que excede a los efectos de las exigencias del ideal del yo, efecto de la estructuración neurótica, y que ya de por sí es un gran trabajo. En la discapacidad se agrega este trabajo plus: no es sólo el trabajo con lo ideal, implica trabajar con lo real también.

En lo real existen barreras físicas del entorno que hay que franquear, existen barreras psíquicas del propio damnificado y de su entorno cercano, y existen barreras en el entorno extenso (psíquicas y físicas también), que se refieren tanto a las dificultades que los demás tienen en el trato con el discapacitado y con las barreras físicas que le impiden un pleno desarrollo, ya sea porque no escucha una conferencia en la que se diserta sobre hipoacusia o porque el baño público está en el primer piso, al que no llega alguien con silla de rueda. Por el otro lado, la elaboración implica ir creando puentes que permitan atravesar esas barreras, también en lo real, no sólo en lo intrapsíquico. Es ineludible contemplar la posibilidad de la incorporación de elementos exteriores que sostengan la inserción, como un audífono o la construcción de distintas configuraciones de apoyo o de una prótesis, que toman ese lugar de puente y anidan en el lugar donde el déficit dejó un agujero.

Es probable que nadie llegue a pensar “qué bueno que me pasó esto porque aprendí un montón”, lo que convertiría la desgracia en una bendición, porque podríamos estar ayudando a sostener que esa persona busque desgracias como único modo de superarse. Siguiendo a Basile⁴, puedo decir que si supongo que “crisis” significa una situación decisiva, grave en la vida de una persona o una comunidad, que implica un momento de

⁴ BASILE, HECTOR S. - “FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, N°1, 2002.
<http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>

ruptura, que podría desembocar en un desenlace fatal, también podría tomarla como una oportunidad de crecimiento, a pesar del dolor. Estaríamos en condiciones de trabajar con esta posibilidad constructiva de la crisis.

Existen en las personas disposiciones internas que suponen factores de riesgo y factores de protección que los ayudan a capitalizar de estas maneras las adversidades. Hay personas que logran superar sus propios límites de resistencia y que generan mecanismos y procesos de defensa y protección más eficientes que antes de la exposición a dichos factores adversos. Este fenómeno, denominado resiliencia, opuesto al riesgo y complementario de aquel, en lugar de poner el acento en los factores negativos, que permiten predecir quien ha de sufrir un daño, lo ponen en las capacidades positivas que sorprendentemente y contra lo esperado, lo protegen y fortalecen su maduración y crecimiento.⁵

El armado de una trama de apoyos y rehabilitaciones configuran los que podrían llamarse factores protectores, que se refieren a las influencias que modifican mejorando la respuesta de una persona a algún peligro o a un resultado no adaptativo. Manifiestan su efecto ante la presencia de un estresor, y modifican la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. Facilitan el logro o fortalecimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las interacciones del ambiente familiar, escolar y en las instituciones de la comunidad, la escuela, el trabajo, las asociaciones formales o informales, etc. Por eso en el tratamiento de la discapacidad es ineludible el trabajo tanto con el entorno del paciente como en interdisciplina, suponiendo a la interdisciplina como aquella labor en la que varios profesionales operan sobre el mismo campo pero desde sus respectivas incumbencias disciplinares. El fonaudiólogo, el kinesiólogo, el psicopedagogo, el médico, el psicólogo deben trabajar juntos sobre el sujeto necesitado de los diferentes abordajes, aportando cada uno lo suyo en pos de obtener la mejor respuesta del sujeto, la menos displacentera, la más autónoma, la más digna para él.

Dice Stolkiner:⁶ “En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renuncias, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud. Pone en juego la relación que cada sujeto establece con la disciplina. “

Y Cantis escribe:

“Los tratamientos psicoanalíticos con personas discapacitadas son tratamientos complejos que ni siquiera se asemejan a los tratamientos de la psicosis, aunque tienen algo en común con ellos, en el sentido que suelen requerir la participación no de un solo terapeuta, sino de un equipo. Aquí el equipo es más amplio y de profesionales más disímiles. No son todos profesionales del área de la salud psíquica, porque algunos tratamientos tienen que ver con la rehabilitación física, kinesiológica, fonoaudiológica, etc. Y por ello los tratamientos son más complejos.

Los universos simbólicos de estos pacientes no se han constituido o han claudicado o pueden quedar amenazados o desaparecen cada tanto.

⁵ BASILE, HECTOR S. - “FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, Nº1, 2002. <http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>

⁶ STOLKINER, ALICIA - “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”
<http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2011/jornadas-gratuitas-de-capacitacion-2011salud-colectiva-y-epidemiologia-comunitaria2011d/interdisciplina.epistemologia.practicas.pdf>

Estas características crean dos tipos de dificultades: una ligada a la multiplicidad de abordajes de diversos órdenes y otra ya en lo estrictamente analítico, vinculada con la claudicación mayor o menor del universo de lo simbólico”.⁷

Por otro lado, se considera que alguien es vulnerable cuando es portador de factores de riesgo, ya que debido a las circunstancias adversas que han vivido o viven, tienen más probabilidad de padecer enfermedades o situaciones sociales negativas⁸.

El trabajo en resiliencia parte del concepto de que vivir en un ambiente psicológicamente insano es una condición de alto riesgo para la salud física y trata de promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), adaptarse a la sociedad y tener una mejor calidad de vida. Busca promover el potencial humano en lugar de destacar sólo el daño sufrido. En lugar de poner el foco en los mecanismos que sostienen esa situación desfavorable, la resiliencia se especializa en observar aquellas condiciones que posibilitan encaminarse hacia un desarrollo sano y positivo.⁹

La Resiliencia contempla dos componentes:

1-Resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad frente a las presiones deformantes, y

2-La capacidad para construir conductas, habilidades y competencias vitales positivas, pese a las dificultades y las circunstancias adversas, y acceder a una vida significativa y productiva.¹⁰

Invariablemente, cuando se habla de resiliencia, se hace especial hincapié en los factores externos del individuo, que lo apoyan y lo sostienen en el tránsito por la situación adversa. En el tema que nos ocupa, casi más allá de las características individuales, intrapsíquicas de quien nos consulta, en la medida que hagamos hincapié en los recursos externos que le ofrezcamos al sujeto de la consulta, tendremos mayores posibilidades que el mismo logre una mejor recomposición de la herida narcisística inflingida a partir del advenimiento de la discapacidad y el logro de un nuevo equilibrio. Partimos, también, de suponer al psiquismo humano como un sistema abierto, pasible de reequilibraciones infinitas. Dice Hornstein¹¹:

“Un sistema es autoorganizador cuando, ante perturbaciones aleatorias, en lugar de quedar destruido o desorganizado, reacciona con un aumento de complejidad. (...)

La autoorganización explica la aparición de fenómenos nuevos no predictibles a partir de las premisas y permite comprender cómo la contingencia suscita la complejidad y hace emerger el sentido. (...)

⁷ CANTIS, JORGE - “EL DISCAPACITADO Y SU FAMILIA: APORTES TEÓRICOS CLÍNICOS”.

Publicado en Actualidad Psicológica N° 199 - Junio 1993
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1544>

⁸ BASILE, HECTOR S. - “FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, N°1, 2002. (página 3) <http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>

⁹ BASILE, HECTOR S. - “FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, N°1, 2002. (página 6) <http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>

¹⁰ BASILE, HECTOR S. - “FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, N°1, 2002. (página 6) <http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>

¹¹ HORNSTEIN, LUIS - “NARCISISMO. Autoestima, identidad, alteridad”
Ed. Paidós, Bs As, primera impresión, año 2000 – (páginas 102 a 105)

La estabilidad psíquica ya no se considera como manifestación de la estructura misma del psiquismo, sino que se tiene que recrear, reconstituir en cada instante según condiciones económico-dinámicas que surgen y desvanecen sin cesar. (...)

“Un psiquismo abierto intercambia constantemente con lo exterior a sí. El otro marca el borde exterior. Un borde que permanece abierto, por su carácter de irreductible respecto del sujeto, un límite a conquistar, a reconocer y/o negar. (...)

En este suceso traumático, accidental, disruptivo, el psiquismo busca reinvestir y retranscribir esta nueva realidad, intentando producir en el mejor de los casos nuevas ligaduras y nuevas representaciones. Parafraseando a Piera Aulagnier ¹², es nuestro trabajo colaborar con el paciente y su familia en que este nuevo contenido heterógeneo a la estructura se vuelva homogéneo, produciendo juntos una asimilación ligadora no tanática. Bleichmar plantea que “la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente a lo preexistente”. ¹³ Una neogénesis, construida juntos.

Será un trabajo del discapacitado, de la familia, de su entorno, de las políticas públicas, y de los profesionales intervinientes. Aquí los psicólogos tenemos mucho que hacer: visibilizando barreras físicas y psíquicas, construyendo puentes y colaborando en la elaboración psíquica, apoyándonos en los recursos externos, para producir elementos de recomposición, que construyan una nueva realidad, aceptable al menos.

¹² AULAGNIER, PIERA - “LA VIOLENCIA DE LA INTERPRETACIÓN -”Ed. Amorrortu, Bs As, 1993

¹³ BLEICHMAR, SILVIA - “CLÍNICA PSICOANALÍTICA Y NEOGÉNESIS”
Amorrortu Editores, Bs As, 1999, primera reimpresión 2001 - (página 37)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) BASILE, HECTOR S.
“FORTALEZA A PARTIR DE LA CRISIS, Una introducción a la resiliencia”
Revista del Museo Social Argentino, Año 77, N°1, 2002.
<http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>
- 2) BLEICHMAR, SILVIA
“CLÍNICA PSICOANALÍTICA Y NEOGÉNESIS”
Amorrortu Editores, Bs As, 1999, primera reimpresión 2001
- 3) CANTIS, JORGE “VULNERABILIDAD DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD, LA FAMILIA Y LOS TERAPEUTAS”
Revista de APPIA - Agosto 2004 - N°. 15,
- 4) CANTIS, JORGE
“EL DISCAPACITADO Y SU FAMILIA: APORTES TEÓRICOS CLÍNICOS”.
Publicado en Actualidad Psicológica N° 199 - Junio 1993
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1544>
- 5) FRACTMAN, ANDRES
Cuadernillo APDEBA
”El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos”
<http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/El-concepto-de-trauma.pdf>
- 6) HORNSTEIN, LUIS
“NARCISISMO. Autoestima, identidad, alteridad”
Ed. Paidós, Bs As, primera impresión año 2000
- 7) “¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?”
www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/DISCAPACIDAD.pdf
- 8) “RESOLUCIÓN 782 DEL AÑO 2013” <https://bejomi1.files.wordpress.com/2013/08/res-782-2013.pdf>
- 9) AULAGNIER, PIERA
“LA VIOLENCIA DE LA INTERPRETACIÓN”
Ed. Amorrortu, Bs As, 1993
- 10) STOLKINER, ALICIA
“La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”
<http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2011/jornadas-gratuitas-de-capacitacion-2011-salud-colectiva-y-epidemiologia-comunitaria2011d/interdisciplina.epistemologia.practicas.pdf>